

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

Name: \_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? ja nein

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? ja nein

Wurden Röntgenbilder erstellt? ja nein

Wann? \_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Gesundheitspaß? ja nein

Leiden Sie an

Herz-/Kreislaufkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe,

Medikamente, Metall etc? ja nein

Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepaß? ja nein

Nehmen Sie Medikamente für die

Blutgerinnung ein? ja nein

Bestehen Infektionserkrankungen? (z.B. Hepatitis,

Aids, Kinderkrankheiten) ja nein

Wenn ja, Welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Diabetes? ja nein

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Leiden Sie an Magen-/Darmerkrankungen? ja nein

Leiden Sie an Migräne? ja nein

Leiden Sie an grünem Star? ja nein

Leiden Sie an einer Prostataerkrankung? ja nein

Leiden Sie an Rheuma? ja nein

Leiden Sie an Asthma? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse.**

**Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Köln, \_\_\_\_\_